



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE
MATERNO-INFANTIL**



MARIA FERNANDA LOUCHARD JOAZEIRO CROMACK

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO :
LUTOS, ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E PREVENÇÃO**

Rio de Janeiro
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE
MATERNO-INFANTIL**

MARIA FERNANDA LOUCHARD JOAZEIRO CROMACK
Curriculum Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7382288157133844>

**DEPRESSÃO PÓS-PARTO:
LUTOS, ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E PREVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Pós-graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profa. Dra. Marisa Maia
<http://lattes.cnpq.br/6412027675660806>

Rio de Janeiro
2017

C945 Cromack, Maria Fernanda Louchard Joazeiro.
Depressão pós-parto: lutos, aspectos psicossociais e
prevenção / Maria Fernanda Louchard Joazeiro Cromack. –
Rio de Janeiro, 2017.
38f.
Orientadora: Marisa Maia.
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) –
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade
Escola, Assistência Integral à Saúde Materno Infantil, 2017.

Referências bibliográficas: f.34-38.

1. Luto/gravidez . 2. Depressão pós-parto. 3. Fatores
associados/aspectos psicossociais. 4. Transtorno/prevenção. 5.
Redes de apoio social. 6. Saúde Materno Infantil – TCC. I. Maia,
Marisa. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade
Escola, AISMI. III. Título.

RESUMO

CROMACK, Maria Fernanda Louchard Joazeiro. **Depressão pós-parto:** lutos, aspectos psicossociais e prevenção. 2017. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Este trabalho de pesquisa é uma revisão bibliográfica narrativa que aborda o estudo dos lutos da gravidez, depressão pós-parto, fatores psicossociais associados e prevenção do transtorno. Ele discute como lutos e fatores psicossociais podem configurar-se em risco para o surgimento da depressão pós-parto e analisa a interação entre os fatos. Demonstra fundamentação teórica para cada um destes elementos com finalidade de rever os temas e fazer estas associações. Conclui que o maior fator de risco encontrado para o desenvolvimento da depressão pós-parto são transtornos psiquiátricos não identificados na gravidez e no pós parto que podem ser agravados por uma situação psicossocial adversa. Conclui também que a estrutura psíquica da gestante é decisiva na vivência dos lutos da gravidez e no enfrentamento de adversidades e que o olhar multidisciplinar e uma rede de apoio são fundamentais na prevenção do transtorno.

Palavras-chave: Luto/gravidez. Depressão pós-parto. Fatores associados/aspectos psicossociais. Transtorno/prevenção. Redes de apoio social.

ABSTRACT

This research work is a narrative bibliographical review that studies pregnancy mourning, postpartum depression, associated psychosocial factors and the prevention of this disorder. It discusses how blues and psychosocial factors can contribute to the onset of postpartum depression and analyzes the interaction between these facts. It demonstrates theoretical foundation for each of these elements with the purpose of reviewing these subjects and making these associations. The major risk factor to the onset of postpartum depression is unidentified psychiatric disorders during pregnancy and postpartum that may be aggravated by an adverse psychosocial situation. It also concludes that women's psychological structure is the most important subject when considering the pregnancy mourning's experience and adversities facing experience. A good support is fundamental in the prevention of the disorder.

Keywords: Pregnancy grief. Depression postpartum. Associated factors/psychology. Disorder prevention. Psychosocial support systems.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	A GRAVIDEZ, PARTO E SEUS LUTOS.....	8
3	PUERPÉRIO E PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA.....	15
4	DEPRESSÃO PÓS PARTO.....	18
5	DEPRESSÃO PÓS PARTO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS.....	23
6	PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS- PARTO E A PSICOTERAPIA BREVE.....	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A gravidez enquadra-se na categoria dos períodos críticos que marcam o desenvolvimento psicológico da mulher. Ela é um período de verdadeiro crescimento emocional, que juntamente com a adolescência e climatério, pode ser englobada em um mesmo grupo, cuja propensão ao desencadeamento de crises decorrentes da qualidade das mudanças ocorridas é mais frequente (MALDONADO, 2005).

Estas fases citadas assemelham-se na relevância de suas características, pois são períodos de transição envolvendo alterações bioquímicas e de foro íntimo, além de serem perpassadas por aspectos sociais e econômicos (MALDONADO, 2005).

A gravidez e o puerpério são períodos de extrema transformação e adaptação e justamente por isto, são esperadas e aceitas situações envolvendo lutos. Assim, não é raro que a depressão pós-parto não seja identificada e passe despercebida ou ainda, seja confundida com uma tristeza comum (blues da gravidez) ou simplesmente uma dificuldade de adaptação a uma nova situação de vida (KAPLAN; SADDOCK, 1999).

A tristeza comum refere-se ao luto esperado para este período. Os lutos do processo de gravidez, parto e puerpério estão relacionados às situações de mudança vivenciadas pela mulher por consequência da gravidez e do nascimento de um filho.

A depressão pós-parto ou depressão puerperal é uma antiga conhecida que pode ocorrer na fase gravídico-puerperal e caracteriza-se por ser um transtorno psíquico que varia de intensidade leve a moderada (KAPLAN; SADOCK, 1999).

A depressão pós-parto, apesar de ser bastante conhecida, ainda não tem capítulos dos manuais de saúde mental dedicados exclusivamente a ela, apontando assim para a necessidade de aprofundamento, melhora nos critérios de triagem e identificação, além da criação, releitura e adaptação de protocolos de tratamento. O trabalho ainda discorre sobre a aplicação da psicoterapia breve e sobre o estabelecimento de redes de apoio na recuperação e manutenção da saúde mental da gestante/puérpera.

Esta pesquisa pode trazer como contribuição a ampliação do campo teórico e estruturação de estratégias-resposta aos problemas propostos ou ainda sugerir

modificações no âmbito da realidade. O trabalho tem como objetivo geral realizar uma investigação por meio de uma revisão bibliográfica narrativa das possíveis relações entre depressão pós-parto, ambiente, situação social e psicológica além de econômica da gestante/puérpera e assim estabelecer como estes podem aumentar o risco de ocorrência da depressão pós-parto.

2 A GRAVIDEZ, PARTO E SEUS LUTOS

A gravidez é um fenômeno que envolve muitas transformações e afeta a mulher e sua vida sem distinção, em grande amplitude e dimensão. Apesar de a mesma fazer parte do ciclo vital feminino e ser entendida como um processo natural, o nascimento de uma criança ocasiona inúmeras alterações que atingem esferas psíquicas, emocionais, fisiológicas e corporais (MALDONADO, 2005). Desta forma, esse processo atravessará todas estas atividades em que a mulher se encontra inserida tais como, educação, trabalho, envolvimento político e social, além da sua própria saúde e sexualidade (BRASIL, 2001). O impacto da gravidez em todas as esferas da vida da mulher fará com que a mesma faça lutos, adaptações e tenha aprendizados novos, gerando mudanças profundas em todos os níveis de sua vida.

Para Levinson (1974), a vida adulta é dividida em períodos de estabilidade e de transição. Ele acredita que a vida do indivíduo é constituída pela alternância entre esses estados. Após períodos estáveis ocorrem momentos de transição e sucessivamente momentos de integração, onde a estrutura do indivíduo e novas formas de ver a si próprio, ao mundo e aos outros são elaboradas. As novas funções e papéis assumidos além das suas respectivas tarefas são muito importantes.

Já Weathersby (1978), considera que as diversas fases do ciclo de vida são delimitadas por acontecimentos marcantes tais como casamento, maternidade, paternidade, entrada dos filhos na escola, entre outros e também pelas novas tarefas adquiridas tais como olhar-se como adulto responsável, buscando estabilidade, enfrentando a morte entre outras coisas.

O indivíduo sente-se tenso frente aos novos papéis e diante dessas novas exigências e das novas tarefas. Ele sofre de um conflito interno, um questionamento a respeito de sua capacidade para desempenhar o que cabe a esses papéis. Esses períodos críticos para McClusky (1986), são os balizadores da mudança na vida adulta.

Diversos autores (CROSS, 1984; KNOX, 1986; SMITH, 1988) creditam bastante importância nos períodos críticos, alegando que neles ocorre uma maior disponibilidade e predisposição do adulto para a internalização de novos conteúdos. Esses momentos são classificados como propícios por excelência aos novos

aprendizados, pois neles urge a necessidade de respostas aos novos problemas que se colocam e se impõem na dinâmica do ciclo de vida.

As mudanças, de uma forma geral, exigem desprendimento. No caso de mudanças impostas e inevitáveis, que ocorrem ao longo do ciclo de vida, o processo de luto é fundamental e inerente a todas elas. O luto é algo natural, inevitavelmente presente na existência humana, entre os pólos vida e morte e caracteriza-se pela perda da ligação significativa entre a pessoa e o que foi perdido. O luto não se resume à morte, ele também está presente nas sucessivas perdas ao longo do ciclo de vida. Deste modo, assim como a gravidez, também perpassará aspectos sociais, profissionais, pessoais e familiares do indivíduo (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

A capacidade que o indivíduo tem de superar estas perdas e adaptar-se às novas situações serve como um modelo que é incorporado a um repertório e será utilizado nos novos enfrentamentos, novas experiências e eventos vindouros (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

Para Freud, o luto também se trata desse processo onde são abarcadas experiências de perda de uma forma geral, isto é, o luto também não se limita a perda de um ente querido. Freud entende o processo como algo que engloba perdas que seguem as mesmas qualidades de emoções do luto, em proporções maiores ou menores. O autor também não acredita que o inconsciente esteja presente nesse processo, alegando que quem perdeu sabe exatamente o que perdeu (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

O luto visa a elaboração do objeto perdido e por mais que se assemelhe a um quadro patológico não é uma doença. Este processo flui de forma bastante penosa e lenta, sendo caracterizado por um desinvestimento em coisas que não sejam o objeto perdido, bastante tristeza e uma incapacidade de substituir o que se perdeu por outro objeto de amor (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

A função do luto é a elaboração de uma perda. Ele deve desligar a libido, a energia psíquica, de todas as memórias e expectativas criadas a respeito do objeto perdido. Este objeto deve ser desinvestido (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

Geralmente quando ocorre algo penoso ou doloroso a tendência é o foco naquilo que foi perdido, e já que a falta não pode ser resolvida e apaziguada, pois objeto não existe mais, ocorre um “aumento” natural do foco no objeto perdido,

levando a um acúmulo, que ao atingir certo grau (catexia, investimento de libido), leva ao teste de realidade. O teste de realidade é uma forma de o ego preservar-se a respeito do que foi perdido, causando um adiamento nesse prazer (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

O superinvestimento nas lembranças traz o prazer imediato, ou seja, a situação é resolvida através do princípio do prazer, prolongando a existência do que foi perdido. Quando ocorre a urgência do teste de realidade, o indivíduo confronta-se com as memórias do objeto de amor perdido e a saída será seu ego decidir se permanece vivo ou se entrega-se a um destino como o do objeto (morte). Assim, o teste vai exigir que a libido seja desligada de todas as lembranças e expectativas, fazendo prevalecer a realidade. Assim, desliga-se do objeto (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

Quadro I – O luto normal e o patológico

	FREUD
LUTO	Não é considerado doença
Seu estado	Tristeza profunda
	Superado após certo tempo
	Perda real
	Hipercatexia
Processo de elaboração	Desligamento da libido do objeto perdido
	Teste de realidade
	Persuasão narcísica
Ao final do processo	Ego desinibido
PATOLOGIA	Melancolia
	Distúrbio na autoestima
	Identificação e incorporação
	Regressão ao narcisismo primário
	Ligação interminável com o objeto perdido

Fonte: Sigmund Freud – *Luto e melancolia* (1917)

Freud acredita que na melancolia ocorram os mesmos os sintomas do luto agregados de uma perturbação na autoestima. Este é um ponto chave para definir os dois processos pela psicanálise. A auto depreciação do melancólico ocorre de maneira exagerada (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

Na melancolia, existe um caráter mais inconsciente e real, sem clareza do objeto, diferentemente do luto onde o enlutado sabe exatamente o que foi perdido. Esta perturbação na autoestima ocorre, pois o ego identifica-se com o objeto de amor perdido, e a libido, a energia psíquica, para volta-se para o ego do indivíduo (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

Quando a libido volta para o próprio eu, ela faz com que o superego identifique o ego como objeto de amor perdido ocasionando a auto desvalia. As recriminações feitas pelo enlutado na melancolia, na realidade são a si mesmo, embora pareçam dirigir-se a outra pessoa. Por esta razão, ele também não envergonha-se de sua raiva. Esta desvalia da libido voltada para si sugere uma regressão ao narcisismo primário e demonstra uma devoção a si mesmo (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

No luto tem-se o objeto que se perdeu. Sem ele, o mundo fica pobre. Nada mais importa além do objeto perdido e o teste de realidade faz com que se constate que ele não existe mais (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

Na melancolia não se tem objeto. O objeto é o próprio ego, já que a libido voltou-se para ele por que o mesmo esta identificado com objeto de amor. O ego se esvazia e se empobrece e nada mais importa além dele mesmo, esse ego vazio identificado com objeto de amor perdido. Nesse caso, o teste de realidade falha porque o objeto de amor perdido passa ser o próprio ego. O ego está sempre lá, ainda que vazio. Daí a ligação interminável com objeto de amor e a falha do teste, pois o ego (objeto de amor) não deixa de existir (CAVALCANTI; SAMSUCK; BONFIM, 2013).

No período da gravidez e no puerpério são esperados muitos lutos, pois ocorrem muitas mudanças de qualidade em um curto espaço de tempo. Estas mudanças envolvem perdas e aquisições. As perdas requerem seus lutos, que por sua vez, exigem elaboração. Nos períodos de gravidez e puerpério, além dessas mudanças envolvidas serem de grande importância, o tempo hábil para elaborar o tudo o que é perdido é muito curto, visto a quantidade e a qualidade das mudanças envolvidas. Portanto, além dessa necessidade de elaboração do que é perdido

existe a necessidade de incorporar o novo. Todas essas mudanças são impostas com rapidez e não são suaves e assim como em qualquer processo de luto, nesse caso também ocorre a dificuldade de substituir o objeto de amor perdido por outro, ou seja, isto pode gerar questões em nível de adaptação, ou seja, a gestante e puérpera pode ter dificuldade ao adaptar-se a tudo de novo que deve incorporar.

Na gravidez, perde-se a identidade de filha, o corpo de mulher e ganha-se o título de mãe e uma barriga de grávida. Na ocasião do nascimento, rompe-se a relação simbiótica entre a mãe e seu bebê estabelecida em pouco tempo de gravidez e então perde-se a gravidez e todos os bônus e ônus que rapidamente foram adquiridos com a mesma e neste mesmo momento ganha-se um filho. Nasce uma mãe e a partir daí, os envolvidos, mãe e bebê, devem entender-se como seres distintos (MALDONADO, 2005).

No parto reside propriamente o luto do corpo grávido, adquirido em pouco tempo de gravidez além do luto do bebê dependente e simbiótico, e ainda do bebê idealizado que é confrontado com o bebê real. A mãe que mal acabou de adaptar-se ao estado grávido logo terá que incorporar um novo esquema corporal e no puerpério terá que entender que a gravidez foi perdida e foi adquirido um bebê (MALDONADO, 2005).

A recepção e contato com um corpo novo e desconhecido, que não será o corpo grávido nem tampouco o anterior a gestação e elaboração de todos os lutos que envolvem estas transformações é parte da tarefa materna (MALDONADO, 2005). Neste momento, a mãe terá também tarefas relacionadas ao seu bebê. Ela deve entrar em contato com este que não é o bebê imaginado, conhecê-lo e apaixonar-se por ele.

O filho é imaginado, falado e representado no imaginário materno (SALLES, 1992). Ele começa a existir no desejo de uma mulher de tê-lo, ou seja, ele será banhado por toda a fantasia, expectativa e imaginação que ela possa ter acerca de uma gravidez. Por este motivo, será também necessário fazer o luto deste bebê imaginário é resultante das grandes expectativas cultivadas durante o momento da gravidez ou ao longo da vida da mulher. Nesse momento ela entra em contato com o bebê real. A partir do encontro com o bebê real, no período puerperal, inicia-se o relacionamento mãe-bebê de fato (MALDONADO, 2005).

Ambas as partes desconhecem-se ocasionando falhas no processo de comunicação e fazendo com que não consigam relacionar-se de modo a comunicar

suas necessidades, e não consigam respectivamente atender/expressar as questões insatisfeitas. A comunicação é ineficaz, ausente de estruturação e verbalização, além de possuir um conteúdo emocionalmente carregado. O bebê se constitui em um enigma a ser desvendado e que aponta o que está satisfeito e atendido pelos pais e denuncia o que está insatisfeito (MALDONADO, 2005).

Segundo Soifer (1980), esta dificuldade da relação inicial da mãe com o bebê que acabou de nascer, com quem ela ainda possui uma ligação escassa e não sabe como atendê-lo, pode culminar em angústia. A presença do bebê categoriza os pais como "bons pais" quando ele é atendido e ameaça expor suas dificuldades quando não é atendido, colocando-os também na categoria de "maus pais". Neste ponto são tocadas as diretamente projeções feitas pela mulher a respeito da mãe que a mulher imaginou que seria e acerca de um filho imaginado. Ambas não correspondem à realidade (MALDONADO, 2005).

Em meio a todas estas mudanças ainda é esperado que a mãe entre em um momento de adaptação às necessidades do seu filho e estreite seus laços com ele, voltando-se, de forma extremamente especial para seu bebê. Este período compreende os últimos estágios da gravidez até algumas semanas após o nascimento da criança e é chamado por Winnicott de Preocupação materna primária. Segundo ele, trata-se de uma condição materna desejável. Este período tem a peculiaridade de raramente ser lembrado pela mesma, ou seja, tende a sofrer um recalque (esquecimento). A mulher praticamente desinveste no mundo, "investe-se" em seu bebê e em suas necessidades de uma forma tão intensa a ponto de excluir quaisquer outros interesses de sua vida temporariamente (WINNICOTT, 2000).

Outros fatores também podem ser considerados como grandes alterações na vida da mulher tais são a identidade da gestante que de filha, mulher, profissional, estudante ou qualquer qualidade ou referência que a defina, passa também ser mãe, o que é fundamental em nível de investimento emocional na criança e para a sua maternagem (LIKIERMAN, 2003). Ainda nesta esfera, a exigência por agora ter que dividir seus cuidados e gerenciar tempo caso haja outros filhos (LIKIERMAN, 2003), pode também tornar-se fator gerador de ansiedade. Faz-se necessária toda uma reorganização e uma reestruturação em níveis gerais.

Entre as inúmeras modificações que a gravidez ocasiona na vida da mulher, também é importante ressaltar as alterações relacionadas ao seu próprio corpo. No

puerpério esse corpo sofre mais mudanças e cabe a necessidade de contato ele. Esse é o corpo que lhe pertence agora, não é mais o corpo grávido, nem o corpo anterior à gestação, pois esses já não existem mais. Ele é um corpo novo e que deve ser incorporado psiquicamente (MALDONADO, 2005).

Dentro da perspectiva psicanalítica de Lacan, a mulher grávida está em estado de plenitude narcísica, de completude, portanto para ela não existe falta. Para o autor, o falo, que é o objeto imaginário desejado por homens e mulheres, é o significado da falta. Segundo Salles (1992) o filho faz a função de falo da mãe, tampona a falta. Portanto, no seu imaginário, a mulher deixa de ser castrada e torna-se completa. Ainda de acordo com Salles (1992) este filho será a atualização do fruto da fase edípica desta mulher. Ele traz junto consigo todo o caráter de reedição de seu Édipo, onde desejos incestuosos fluíam pelo pai e rivalidade pela mãe. Esta completude será exterminada com o nascimento da criança. Neste sentido, o luto do corpo grávido é fundamental para a posse de seu novo corpo (MALDONADO, 2005).

Soifer (1980) afirma que é necessário a esta mulher fazer a separação entre o que foi perdido – a gravidez – e o que foi adquirido – o filho. Segundo De Felice (2000), no período puerperal inicia-se o relacionamento mãe-bebê de forma concreta e real.

3 PUERPÉRIO E PREOCUPAÇÃO MATERNA PRIMÁRIA

Puerpério é o período que se segue a gravidez, marcado pelo momento da dequitação da placenta e seguindo até o retorno do organismo materno as condições anteriores à gravidez. O puerpério legal tem a duração de 40 dias, o orgânico pode levar até 90 e o social 120 dias (EIZIRICK; BASSOLS, 2001).

Trata-se de um período de grandes transformações, considerando-se a involução de todas as mudanças ocorridas no período gestacional. O puerpério também é considerado uma fase intermediária entre a gravidez e a vida normal da mulher. Na verdade ele pode ser considerado como um momento em que o trauma da separação simbiótica de mãe e filho é diminuído pelo início da relação maternal com o mesmo (EIZIRICK; BASSOLS, 2001).

O puerpério, também é conhecido como quarto trimestre da gravidez. Ele é considerado um período de transição onde a mãe e seu filho iniciam uma relação e passam a experimentar um contato real. A qualidade desta experiência fundamenta a construção da nova identidade de mãe da primípara e sua relação com seu bebê. A relação da mãe com a figura materna internalizada é um dos principais fatores psíquicos determinantes da qualidade das experiências no período puerperal (DE FELICE, 2000).

Quando a mulher torna-se mãe, ela identifica-se com sua própria mãe e com a forma que este papel foi exercido pela mesma. Essa mãe com a qual ela identifica-se trata-se da mãe internalizada. Isto é um aspecto importante a ser levado em conta, algo de grande representatividade quando se considera os critérios de tempo e facilidade com que a nova mãe engata no seu novo papel e desempenha as funções esperadas para o mesmo (DE FELICE, 2000).

Quando a relação com esta mãe internalizada é conflituosa, permeada por angústia e culpa, a puérpera exibe dificuldade no papel e não se reconhece como uma boa mãe, dotada de capacidade e competência, de forma a desempenhar este papel com confiança. Isto acaba por dificultar a realização das funções maternas e a identificação com as necessidades do filho (DE FELICE, 2000). A identificação com as necessidades da criança, para Winnicott, é esperada neste primeiro momento. A mãe deve voltar-se de uma forma extremamente especial para seu bebê. Esta

reação da mãe é chamada por ele de Preocupação materna primária (WINNICOTT, 2000).

A preocupação materna primária é um período que pode compreender desde os últimos estágios da gravidez até algumas semanas após o parto e trata-se de um momento raramente lembrado (geralmente esquecido) pelas mães, pois é deslocado para uma zona inconsciente, ou seja, sofre o processo de recalçamento (WINNICOTT, 2000).

A mãe, durante esta fase apresentará um comportamento diferenciado, um retraimento marcante e um desinteresse manifesto por outras áreas de sua vida e passa a focar quase que exclusivamente no bebê e nas suas necessidades. Desta forma, ela permite uma adaptação sensível e delicada, sentindo-se no lugar da criança. Ela inicialmente corresponde aos cuidados corporais demandados e depois às necessidades do ego (WINNICOTT, 2000). Quando ela consegue realizar esta adaptação de forma satisfatória, ela fornece o solo fértil para o desenvolvimento dos processos maturacionais (NASIO, 1995).

Quando a mãe se adapta de forma satisfatória às necessidades da criança, ela permite que a mesma “continue a ser”, ou seja, ela permite uma continuidade, isto é, um desenvolvimento contínuo no tempo e pouco interrompido por quaisquer outros fatores. A continuidade garantirá menos intrusões e conseqüentemente menos reações a estas intrusões. Tanto a continuidade quanto a intrusão tem funções de grande importância nesta fase o desenvolvimento primário. A sustentação e continuidade da situação dia após dia dão a ele certa capacidade de organização das conseqüências imaginativas de sua experiência. Assim o bebê vai tornando-se livre para o amor instintivo e marca-se uma previsibilidade dos eventos diminuindo-se as cargas emocionais desconexas, fazendo o dia a dia ganhar um sentido (WINNICOTT, 2000).

A preocupação materna primária fornece esteio para a criação de uma fundação em que ocorrerá o desenvolvimento psíquico da criança. O bebê começa a alcançar gradualmente unificação, começa a estar inteiro, integrado e vai organizando-se como se estivesse delimitado por uma membrana separadora que divide os conteúdos internos dos conteúdos externos (WINNICOTT, 1990).

A mãe que se adapta as necessidades de seu bebê de forma satisfatória e suficiente pode ser chamada de suficientemente boa. Esta mãe fornece substrato para o desenvolvimento das principais funções do eu que são fenômenos esperados

que ocorrem fora de um sequencial lógico: estabelecimento da relação com a realidade externa, integração do self e o assentamento da psique (WINNICOTT, 1990).

A mãe suficientemente boa proporciona uma breve experiência de onipotência. Isto acontece justamente através da satisfação das necessidades do bebê. No início de vida, esta mãe proporcionará a criança uma saída desta matriz de relacionamento mãe-bebê que culminará nesta experiência (WINNICOTT, 1990).

Porém, quando a mãe é incapaz de identificar-se com as necessidades de seu filho e por qualquer razão que seja, não responde aos gestos espontâneos e às necessidades de seu bebê, ela é chamada por Winnicott de mãe insuficientemente boa. Neste caso, esta mãe pode estar representada por uma mãe real ou ainda por uma situação. Aqui cabe a mãe imprevisível, que passa de uma adaptação perfeita a uma adaptação falha, ou de intromissão a negligência, de tal modo que o bebê não pode confiar nela, nem prever suas condutas (WINNICOTT, 1990).

Ele ainda afirma existem mães que se identificam pouco ou nada com as necessidades de seu filho e mães que exibem preocupação patológica com o bebê. No segundo caso, no qual a mãe passa identificada com o mesmo por um período além do desejável, o autor observa ser mais comum em mães depressivas, esquizofrênicas ou que possuam algum transtorno mental (WINNICOTT, 2000).

Os efeitos das falhas de adaptação da mãe insuficientemente boa para evolução psíquica da criança, na fase de dependência absoluta, são provocadores de carências na satisfação das necessidades. Elas criam obstáculos ao desenrolar dos processos vitais gerando distúrbios psíquicos (NASIO, 1995).

4 DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A gravidez enquadra-se na categoria dos períodos críticos que marcam o desenvolvimento psicológico da mulher. Trata-se de uma fase decisiva e de verdadeiro crescimento emocional e que juntamente com a adolescência e o climatério, que pode ser englobada em um mesmo grupo mais propenso ao desencadeamento de crises decorrentes de mudanças físicas e psicológicas. Essas fases ainda possuem vários pontos convergentes. Tratam-se de períodos de transição com alterações de foro íntimo, de caráter psicológico, bioquímico além de aspectos sociais e econômicos sustentados por um equilíbrio instável (MALDONADO, 2005).

A depressão é como um rio que não se renova. Ela envolve sentimentos como estranheza por si mesmo e pelo mundo no qual se está inserido. Os sentimentos comuns ao transtorno são os de impotência, não pertencimento, angústia e incompetência. A depressão é a doença da perda, onde os afetos envolvidos são os do luto, porém sem um objeto definido, caracterizando a própria angústia (PERES, 2003).

A Depressão Pós-parto trata-se de um distúrbio de humor com variações que podem oscilar desde graus mais moderados a graus mais graves, com início nas seis primeiras semanas após o nascimento do bebê, apresentando sintomas clínicos bastante similares aos do Episódio Depressivo. No CID.10, sob o código F53.0, a Depressão Pós-Natal está incluída no Transtorno Mental e de Comportamento Associado ao Puerpério. Existe um consenso a respeito de a Depressão Pós-parto ser um Episódio Depressivo especificamente descrito como iniciável no puerpério (BALLONE, 2008).

A Depressão pós-parto segundo pode ser dividida três categorias: Tristeza Puerperal, Depressão Puerperal e Psicose Puerperal (ZANNOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN; SADDOCK, 1999).

A tristeza materna, puerperal ou baby blues é um transtorno leve e transitório e inicia-se do terceiro ao quarto dia do puerpério. A sintomatologia mais comum é o choro, humor flutuante, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração e ansiedade relacionada ao bebê. A remissão é espontânea no

período de uma a dez semanas (ZANNOTTI et al., 2003; ROCHA , 1999; KAPLAN; SADDOCK, 1999).

A depressão puerperal é um quadro caracterizado como um transtorno psíquico de intensidade leve a moderada onde a sintomatologia corresponde a choro fácil, abatimento, desalento, labilidade, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelo, idéias suicidas e perda o interesse sexual. O transtorno tem início insidioso na 2ª ou 3ª semana do puerpério. O transtorno desenvolve-se em semanas ou meses após o parto atingindo um limiar. O seu prognóstico está ligado a um diagnóstico precoce e a intervenções adequadas (ZANNOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN; SADDOCK, 1999).

A psicose puerperal é um distúrbio de humor psicótico que apresenta-se com presença de perturbações mentais graves, iniciando-se abruptamente nas duas ou três semanas subsequentes ao parto apresentando confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólicas ou catatônicas, podendo ainda ocorrer o desenvolvimento de um quadro depressivo. O prognóstico vai depender da identificação precoce e da intervenção (ZANNOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN; SADDOCK, 1999).

O quadro esquematizado abaixo, retirado da pesquisa de Silva e Botti (2005 apud ZANNOTTI et al., 2003), Rocha (1999) e Kaplan e Saddock (1999), resume bem a prevalência, manifestação, curso e prognóstico além do tratamento do transtorno:

	TRISTEZA PUERPERAL	DEPRESSÃO PUERPERAL	PSICOSE PUERPERAL
CONCEITO	Distúrbio psíquico leve e transitório	Transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves
PREVALÊNCIA	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
MANIFESTAÇÃO	Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
SINTOMAS	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelo, idéias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, evoluindo para formas maníacas, melancólica ou até mesmo catatônicas.
CURSO E PROGNÓSTICO	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado diagnóstico precoce e intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenções no quadro
TRATAMENTO	Psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera	Psicoterapia, farmacologia. Eletroconvulsoterapia (casos especiais)	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internação (casos especiais)

Fonte: ZANOTTI et al (2003); ROCHA (1999); KAPLAN & SADOCK (1999)

O diagnóstico da tristeza materna inclui sintomas característicos, porém, de uma forma geral, os mesmos não são suficientes para causar problemas sérios e afetar questões funcionais na mulher, diferentemente da depressão pós-parto. Ainda assim, o transtorno deve ser acompanhado, já que em alguns casos, o mesmo pode evoluir para um quadro de depressão pós-parto. O diagnóstico do transtorno, ou seja, a identificação da questão deve gerar um estado de alerta nos profissionais de saúde (BALLONE, 2008).

A diferença da tristeza materna para a depressão pós-parto parece envolver o quadro em si e a sua evolução, que no primeiro caso é bem menor e mais breve. Acredita-se que se trate de quadros realmente diferenciados, onde um é mais de esfera fisiológica e o outro mais patológica. Os critérios diagnósticos para depressão pós parto são os mesmos usados para um episódio de depressão maior. Porém nesse caso, ainda deve envolver predominância de sintomas disfóricos (BALLONE, 2008).

Existem fortes indícios da associação de transtornos afetivos prévios, antes ou durante a gravidez, ao aparecimento da Depressão Pós-parto. Existem estudos que demonstram uma incidência de 60% de Depressão Pós-parto entre mulheres submetidas a tratamento prévio de transtorno afetivo em comparação a 3% de prevalência do transtorno entre mulheres sem história prévia. A disfunção tireoidiana

também pode estar associada a Depressão Pós-parto. Esta relação pode existir em pequeno número de casos. Há também evidências sobre um aumento da incidência de Depressão Pós-parto em primigestas com mais de 30 anos de idade, porém isto também poderia estar relacionado à depressão nas mulheres mais velhas de uma forma geral (BALLONE, 2008).

Em trabalho do III Fórum de Psiquiatria do interior Paulista - 2000, o prof. Dr. Ricardo Barini, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia FCM-UNICAMP, discorre sobre a depressão na mulher sob o viés da ginecologia.

Ele afirma que os tipos de alterações bastante comuns, observadas na ginecologia são a depressão pós-parto, a tensão pré-menstrual e a depressão pós-menopausa que se encontram relacionadas a alterações, ou melhor, flutuações hormonais. Ele acredita que as flutuações da produção de estrógeno parecem estar envolvidas nestas três condições e que as alternâncias de humor femininas acontecem devido a estas flutuações hormonais.

O professor explica que existem diferenças importantes no eixo hipotálamo-hipofisário do homem e da mulher. O homem apresenta a secreção de hormônios sexuais constante e a mulher apresenta secreção hormonal cíclica, funcionalmente mais evoluída, regulando ovulação e o ciclo menstrual.

Ele frisa que muitos trabalhos tentam estabelecer comparações e relações a respeito das diferenças nos níveis hormonais (de progesterona e seus derivados, estrógeno e testosterona plasmáticas) entre mulheres que apresentam a sintomatologia de tensão pré-menstrual mais marcada e mulheres que não os apresentam. Porém, o que parece ocorrer é que níveis mais baixos de serotonina e endorfina determinam, nestas mulheres, a maior parte dessa sintomatologia na fase pré-menstrual. Por este motivo os tratamentos limitam-se ao controle dos sintomas, com administração de tratamentos que removam de forma parcial ou total as manifestações da tensão pré-menstrual. Assim ocorre a tangência de fronteiras entre ginecologia, endocrinologia e psiquiatria.

Ele acredita que a depressão provavelmente esteja relacionada a desequilíbrios nas concentrações dos neurotransmissores do sistema nervoso central. Neste caso pode-se suplementar cloridrato de piridoxina (vitamina B6), que eleva um pouco a disponibilidade de serotonina central. A administração de medicamentos inibidores da recaptação de serotonina (antidepressivos) também é necessária algumas vezes, daí a necessidade do acompanhamento psiquiátrico.

O professor acredita que haja justificativa para depressão pós-parto, já que quando é retirada a placenta, local onde acontece a produção de altas taxas de estrógenos e progestágenos, ocorre a queda abrupta dos níveis hormonais existentes na gravidez. Mas para ele, esta questão hormonal determina somente condições de instabilidade emocional, que são a base para instalação e manifestação dos distúrbios psicogênicos. A fisiopatologia cria as condições desfavoráveis, mas é a psicodinâmica, a adaptação da mulher a maternidade que vai dizer da amplitude e da gravidade dos casos.

5 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E OS FATORES PSICOSSOCIAIS

De acordo com Falcone et al.(2005), Silva e Botti (2005), o período gravídico/puerperal trata-se de uma fase onde é encontrada maior incidência de transtornos relacionados ao psiquismo. A intensidade destas alterações psíquicas está intimamente relacionada a ocorrência de fatores conjugais, familiares, sociais, culturais e de personalidade.

Por esta razão, no caso da depressão pós-parto, também se faz necessário o mapeamento dos fatores psicossociais. A literatura sobre o assunto corrobora com a afirmação de que os fatores psicológicos podem apresentar-se como representativos de risco de forma bastante consistente (CAMACHO et al., 2006). As referências feitas aos fatores psicológicos e a sua contribuição para o desencadeamento da depressão pós-parto são bastante nítidas (HENDRICK; ALTSHULER, 1997; O'HARA, 1997; FRIZZO; PICCININI, 2005).

Segundo Vasconcelos (2009), os fatores psicológicos são intimamente perpassados por fatores sociais. No campo das abordagens psicossociais a conjugação de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, ou seja, a sua intersecção é denominada psicossocial.

Segundo esta abordagem, o psiquismo é construído por uma base social e desta forma a compreensão do mundo social é necessária para o entendimento dos porquês dos comportamentos (MOURA; ALMEIDA, 2012). Isto ratifica a importância do estudo dos fenômenos psicológicos e dos fenômenos sociais, biológicos e ambientais no desencadeamento da depressão pós-parto.

O ambiente que também é enfatizado na obra de Winnicott, em toda a sua extensão como fator de suma importância no desenvolvimento psíquico do ser humano (NASIO,1995), tem uma grande importância no desencadeamento do transtorno.

A constituição do sujeito para Winnicott está impregnada do ambiente no qual o mesmo encontra-se inserido e a preocupação do autor baseia-se nesta relação do sujeito com seu ambiente durante todo o seu tempo de vida (WINNICOTT, 2000).

Durante o puerpério, a mulher que se sente apoiada pelo seu ambiente, que tem apoio e sustentação emocional pode dedicar-se ao seu bebê de forma

satisfatória, sem ter que desviar-se desta função (DE FELICE, 2000) permitindo assim, uma continuidade para a criança sem muitas perturbações.

No primeiro momento, a mãe-ambiente não é separável do seu bebê e dá a sustentação e contenção para que ele “continue a ser” e permaneça no seu processo de desenvolvimento. A mulher no puerpério também precisa de sustentação e contenção, mas é necessário que aquele que sustenta e contém, seja ele a família, o social ou qualquer outro, esteja separado daquele que é contido e sustentado. Estas são as vias para a transformação ao longo da existência (MAIA, 2009).

A continência e a sustentação devem acontecer, mas permitindo a subjetividade, o espaço para a transformação (MAIA, 2009) e para a construção da mãe. Por isto, neste período, a presença de uma rede de apoio satisfatória servirá como medida contributiva na proteção de intercorrências como a Depressão Pós-Parto (DE FELICE, 2000).

Para Hendrick e Altshuler (1997), O'hara (1997) e Frizzo e Piccinini (2005), os principais fatores representativos de risco podem ser categorizados da seguinte forma: em primeiro lugar, a qualidade dos relacionamentos interpessoais da mãe, principalmente o com seu companheiro. Em segundo lugar, o momento da gravidez, parto e a ocorrência de eventos e períodos estressantes e finalmente a terceira categoria que foca as questões financeiras.

A estrutura psíquica da gestante/puérpera afeta e é afetada diretamente pela qualidade das mudanças ocorridas neste período. A subjetividade e a experiência de vida são fatores determinantes na vivência de tantas transformações relevantes. Segundo Falcone et al. (2005) e Silva e Botti (2005) a ocorrência, intensidade e o tipo das alterações psíquicas envolvidas são itens intimamente relacionados com a personalidade da mulher e serão regulados pela ocorrência de fatores conjugais, familiares, sociais, culturais.

Os lutos, como já visto nesse trabalho, tratam-se de algo esperado para este momento de tantas mudanças e seu desenrolar depende da constituição da gestante/puérpera como sujeito, das suas revivescências anteriores e de experiência. Isto

O diálogo dos lutos da gravidez/puerpério com os fatores culturais e socioeconômicos é algo a ser frisado, já que a forma com que a gestante/puérpera vivência os lutos naturais desse processo está intimamente relacionada ao modo

com que ela que reage ao ambiente que a cerca. Estes fatores psíquicos dão a medida do impacto do ambiente sob a sua vida e os contextos sociais, culturais e econômicos podem ter maior ou menor relevância nesses períodos.

Quando se apresentam complicações na extremidade subjetiva dos lutos e/ou alterações psíquicas a situação tende a tornar-se mais delicada. Quando se apresentam dificuldades e na extremidade econômica e social, se há uma psique estruturada, as adversidades serão superadas mais facilmente. Porém, quando se apresentam complicações nas duas extremidades configura-se um acúmulo de vulnerabilidades. O somatório de contextos onde haja fragilidade, torna a mulher, no caso da depressão pós-parto, mais susceptível ao desenvolvimento do transtorno e de transtornos associados.

Os fatores descritos como representativos de risco como fatores de risco são vários. O abuso sexual na infância é um dos fatores cunhados como gerador de risco no aparecimento da depressão pós-parto (CAMACHO et al., 2006). Ele pode estar ligado a um contexto social e/ou de negligência e também está voltado para as revivências da gestante, história e subjetividade .

Gravidez precoce, não planejada ou indesejada também configura-se em risco para o desenvolvimento da depressão pós parto e pode representar a falta de oportunidades, de informação ou ainda razões inconscientes.

Gravidez não aceita (por outros), ser mãe solteira, estar solteira, estar divorciada e ter muitos filhos também são situações que contribuem no aparecimento do transtorno (CAMACHO et al., 2006). Estes fatores quando pensados em relação à depressão pós-parto apontam para uma rede de apoio reduzida, ineficaz ou inexistente. O suporte reduzido, de uma forma geral é considerado risco para a depressão.

O vínculo social reduzido, relações escassas e/ou afetivamente insatisfatórias e não significativas da mulher também são fatores de risco (CAMACHO et al., 2006). Os vínculos são extremamente importantes, pois configuram bom prognóstico aos transtornos psiquiátricos de uma forma geral. Também podem representar a possibilidade de uma rede de apoio de boa qualidade conferindo saúde mental (contenção) e sustentação a gestante/puérpera.

A violência doméstica ou conflito no lar, o abuso de substâncias e o tabagismo são considerados fatores de risco ao desencadeamento do transtorno.

Esses fatores podem representar um ambiente emocionalmente insalubre, estando ou não ligado a um contexto socioeconômico adverso (CAMACHO et al., 2006).

O baixo nível de escolaridade e a falta de emprego também são fatores de risco que podem estar relacionados a uma situação socioeconômica desfavorável. Mulheres provenientes de famílias populosas também demonstram maior risco para o transtorno (CAMACHO et al., 2006).

Portanto, de uma forma geral, os eventos de vida negativos provindos da esfera psicossocial caracterizam risco para a depressão pós-parto (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005).

Outros estudos apontam que uma primeira gravidez também pode oferecer um maior risco para o desenvolvimento do transtorno (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005) devido à qualidade e velocidade das mudanças.

O sexo do bebê também pode ser considerado um fator psicossocial de risco quando é diferente do esperado (CAMACHO et al., 2006). Além disto, a privação do sono no final da gravidez, no parto e no período imediatamente após o parto também conferem maior risco para a Depressão pós-parto (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005).

Outros fatores relacionados ao bebê, tais como o temperamento da criança, estresse pelos cuidados dispensados a ele também têm sido associados ao início de sintomatologia depressiva após o parto (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005). Estas questões apontam para o luto do bebê idealizado e para o encontro com o bebê real, que não é como o fantasiado e que não é facilmente compreendido, trazendo como consequência também um conflito com a mãe idealizada.

Abortos espontâneos, de repetição e sintomas depressivos no segundo ou quarto dia do pós-parto também podem configurar-se em risco, bem como história de sensibilidade aumentada ao uso de anticoncepcionais orais (CAMACHO et al., 2006). Os abortos espontâneos referem-se ao luto, à castração real que é a morte, a perda do filho configurando risco para um estado melancólico.

O nível de ansiedade pré-natal também parece estar ligado ao aparecimento de depressão pós-parto e por este motivo o momento da gravidez deve ser considerado (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005).

A apresentação de um quadro de humor deprimido ou ansioso ou ainda traços neuróticos ou vulneráveis de personalidade estão associados à depressão pós-parto (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005).

Mulheres que já estavam deprimidas, que bebem ou são tabagistas no momento da gravidez, apresentando assim um comportamento compulsivo, tem grandes chances de que esta depressão perdure no período pós-parto. As depressões pré e pós-parto podem acontecer de forma independente, porém acredita-se que muitos dos transtornos de humor do pós-parto possam estar na realidade, iniciando-se durante o período da gravidez e que estes quadros possam aumentar os riscos para a depressão pós-parto (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005).

O fator de risco mais relevante encontrado com relação ao surgimento da depressão pós-parto são transtornos psiquiátricos não identificados na gravidez, que permanecem após o parto, porém ainda assim os fatores psicossociais são extrema relevância inclusive para disparar gatilhos biológicos. A presença de enfermidade ou transtorno mental prévio assim como o transtorno bipolar do humor são fatores de elevado risco (CAMACHO et al., 2006). Portanto, ainda que as causas orgânicas tenham maior relevância, os fatores psicossociais tem seu papel fundamental no aparecimento do transtorno.

A tabela adaptada baseada em Ryan, Milis e Misri (2005), também referencia os principais fatores de risco para a depressão pós-parto. Mulheres que apresentam as seguintes predisposições: histórias de transtorno de humor ou de ansiedade, de depressão pós-parto, de transtorno disfórico menstrual ou doença psiquiátrica na família apresentam maior susceptibilidade para desenvolver transtornos de humor no puerpério.

A presença de complicações obstétricas tais como hemorragia ou cesariana de emergência e ou complicações neonatais também tem suscitado associações com a depressão pos parto (ZINGA; SHAUNA; BORN, 2005).

A vivência de eventos estressantes no último ano antes da gravidez, a falta de apoio de uma forma geral e uma personalidade vulnerável também constituem-se em risco para o desenvolvimento do transtorno (CAMACHO et al., 2006).

6 PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A PSICOTERAPIA BREVE

Ao longo dos anos o avanço científico relacionado à área da saúde vem viabilizando a implantação de programas voltados para a família e para a criança. Alguns autores são categóricos na afirmação sobre intervenção precoce como medida de suma importância na prevenção de transtornos psicológicos, enfatizando ainda que estas intervenções poderiam ser iniciadas o quanto antes no intuito de fortalecer a sua eficácia e seus efeitos positivos a longo prazo (KNOX, 1986; KLAUS; KENNELL, 1983).

Entende-se por intervenção psicológica precoce um processo passível de avaliação, orientação e psicoterapia direcionadas principalmente à relação estabelecida entre mãe-bebê/criança e pais-bebê/criança focando o vínculo afetivo. Segundo Rohenkohl (2000), apesar desta relação ser foco de pesquisas e estudos, técnicas específicas voltadas para as referida díade só tomaram corpo com as publicações de Cramer (1993), Fraiberg, Adelson e Shapiro (1994), Lebovici (1987), e Cramer e Palácio-Espassa (1993).

Segundo Palácio-Espassa (2004) a psicoterapia pais-bebê tem seu berço na Europa onde divide-se em duas vertentes principais – a francesa e a suíça. A francesa surge através dos trabalhos de Lebovici e Soulé e a escola suíça tem como nome principal Cramer que sistematiza o trabalho direcionando-o a patologias do bebê e trabalhando com mães e bebês. A partir de Cramer, a psicoterapia breve vem sendo utilizada no contexto da gravidez.

Maldonado (2005) referencia em seu livro Psicologia da gravidez os experimentos de Colman (1971), Wilson (1968) e Knobel (1967) feitos com psicoterapia breve durante o período gestacional. Nos experimentos de Colman são relatadas experiências com primíparas de forma pouco estruturada e não diretiva onde o objetivo visava uma maior compreensão sobre a psicologia da gravidez. O papel do terapeuta observador/participante denominou-se por ser predominantemente educacional. Colman não trabalhou com um número fixo de sessões, além de adotar uma permissividade na escolha e discussão dos tópicos abordados.

Ela também referencia Wilson (1968) possui outro estudo com três grupos incluindo primíparas e primigestas acontecendo também de forma não estruturada,

ou seja, onde se permitia a abordagem de qualquer tipo de assunto que se desejasse. No primeiro grupo ele utilizou a interpretação grupal e nos outros empregou técnicas de grupo operativo. Ele pode observar diferenças entre os grupos, porém não houve tratamento estatístico, o que impossibilitou a atribuição de características e diferenças entre as técnicas e abordagens utilizadas.

A autora ainda pontua que Knobel (1967) delimita melhor sua amostra coletando quarenta mulheres e preenchendo alguns pré-requisitos. Divide estas mulheres aleatoriamente em dois grupos aplicando entrevistas e testes. Destes dois grupos, um recebe a psicoterapia breve o outro não. Ele obtém resultados que apontam para diferenças significativas entre os dois grupos, sugerindo assim a eficácia do tratamento na prevenção de complicações obstétricas.

A psicoterapia breve vem sendo utilizada no contexto da gravidez em suas modalidades individual e grupal. Segundo Rohenkohl (2000) a Psicoterapia Breve toma para si algumas áreas do conhecimento da psicologia. São elas: a Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia clínica, Psicopatologia e a Psicanálise. A Psicoterapia Breve utiliza a psicanálise na leitura do foco conflitual que se constitui no cerne da relação mãe-bebê/criança e pais-bebê/criança. Ela tem como proposta a redução das projeções e ressignificação das representações maternas/paternas a respeito da criança, provocando assim, respostas positivas. As respostas esperadas nos pais e na criança são relacionadas ao investimento materno/paterno no contexto da interação com a criança e propiciam remissão ou melhora psicofuncional sintomática da criança.

O processo de psicoterapia seja ele individual ou grupal, também promove a vinculação. As relações que promovem vínculos são fundamentais na construção de caminhos menos tortuosos. No processo de psicoterapia, o vínculo mobiliza, movimenta, valoriza e transforma. Os vínculos estão inseridos nos manuais de saúde mental como critérios para bons prognósticos dos transtornos mentais, portanto, o indivíduo que faz vínculos tem sempre melhor prognóstico do que aquele que não os faz.

Os vínculos, de uma forma geral, se dão na rede social em que o sujeito encontra-se inserido e abarcam todas as suas relações significativas, podendo ser divididos em relações de família, amizades, trabalho, escolares, comunitárias, etc.

Nesses casos, a qualidade da vinculação estabelecida nas relações da rede social do indivíduo evidencia quais são os pontos que podem ser considerados

como engrenagens de sustentação e contenção e que podem ser configurados como rede de apoio.

O conceito de rede abrange várias áreas. A palavra rede, no âmbito do conceito de rede social, refere-se a uma estrutura em que vários sujeitos mantêm vários tipos de relações possibilitando inter-relação entre pontos. O conceito de apoio remete a algum tipo de sustentação.

Os grupos de apoio fornecem a função de Holding, ou seja, de “sustentação” amparando psiquicamente o sujeito. Desta forma, o grupo de apoio faz a função da mãe suficientemente boa representando o “ambiente bom” que sustenta e contém mas ao mesmo tempo permite que o sujeito se transforme, mantendo seu espaço subjetivo (NASIO, 1995).

Na rede de apoio as questões também são observadas sob diversas óticas e vieses e onde se oferece esta contenção e sustentação também sob diversos aspectos e vieses, aumentando a possibilidade de intervenções mais adequadas. A necessidade de cada mãe é subjetiva e ocorre em diferentes circunstâncias e contextos. Mas, de uma forma geral, quando as mães tem as suas fragilidades reduzidas ou acolhidas podem dedicar-se de forma mais plena aos seus bebês.

Existem políticas públicas, como grupos de apoio voltados para a gestante e puérpera, mas eles geralmente abarcam populações muito específicas tais como: mães adolescentes, mães em vulnerabilidade social, com gravidez de alto risco ou outras situações especiais. Se a mulher não preencher os critérios de elegibilidade para participar destes programas, mesmo que demonstre a necessidade da contenção e sustentação, está fora do grupo.

A psicofobia é outra questão envolvida nesta esfera. Psicofobia é um neologismo criado para definir o preconceito existente em relação aos transtornos psiquiátricos e seus pacientes. Muitas das vezes, os pacientes resistem e demoram a buscar tratamento devido ao estigma e preconceito existentes, causando o agravamento do quadro.

A ignorância sobre a psicofisiologia e psicodinâmica da depressão é o maior responsável pelo preconceito envolvido no transtorno. A depressão é multifatorial, porém existe uma tendência a correlações diretas, binárias além de interpretações selvagens acerca da mesma. A depressão é identificada pelo senso comum como algo simples ligado a estilos de vida e formas de olhar o mundo, portanto, relacionar o transtorno a situações e condição social não é algo raro. A depressão é muitas

vezes estigmatizada como doença de quem tem “falta do que fazer” ou de quem quer “chamar atenção para si”, “doença de rico” entre outros.

A depressão pós-parto segue um viés parecido, pois é esperada certa dificuldade no período. Portanto, muitas das vezes ocorre uma naturalização do transtorno, já que esta tristeza toda é entendida pelo senso comum como algo “normal” e que “vai passar”. E esta mãe, que sente a necessidade de dividir suas angústias e questões psíquicas, mas não possui vulnerabilidades aparentes, infelizmente, não participará do grupo de apoio.

A criação de um espaço de cuidado e atenção à grávida/puérpera significa olhar através da questão e para a questão. Criar um espaço onde a mesma possa encontrar segurança para dividir suas questões, elaborá-las, resignificá-las e ao mesmo inventar-se e reinventar-se é salutar.

O cuidado prestado deve facilitar o exercício da subjetividade, livre dos discursos do mestre. Os movimentos do sujeito devem ser respeitados – para deixar-se construir a mãe de acordo com o tempo de cada mulher (MAIA, 2009).

Existe a necessidade do espaço subjetivo onde o sujeito continue a ser ele mesmo e não perca sua identificação para o cuidado, nem para o cuidador ou para própria função materna, o espaço em que a mulher não perca sua identidade nem a sua subjetividade (MAIA, 2009).

O cuidador em sua implicação também deve interpelar e chamar a cena, e ao mesmo tempo acolher fazendo com que o sujeito entre em contato com os fatos da existência e suas responsabilidades. O tempo de Interpelar, chamar a cena é tão importante quanto o tempo de acolher, fazendo-o sair da posição de paciente e entrar na posição de sujeito dono de sua história (MAIA, 2009).

A presença reservada é tão necessária tanto quanto a implicada nos momentos certos. O cuidador deve alternar entre presença implicada e reservada e possibilitar este sujeito o vir-a-ser além de agir com a retirada estratégica no momento em que o sujeito entra em ação possibilitando a este construir e utilizar seu espaço potencial. Desta forma, o sujeito poderá sonhar, criar, brincar, pensar na enquanto o cuidador permanece em presença reservada. Isto é vital para que se preserve o sujeito (MAIA, 2009). E ainda é trabalho do cuidador proteger este espaço mantendo-o sempre desobstruído de sua presença e de seus fazeres e protegendo-o também de objetos e representações (MAIA, 2009) possibilitando o nascimento do sujeito mãe, e esta sim, será parte real do binômio mãe-bebê.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2001) a saúde não pode estar restrita somente a conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação. Ela deve englobar os contextos cultural, histórico e antropológico. Portanto, a saúde da mulher brasileira deverá ser analisada através de um prisma global. É necessário que também não se deixe de considerar as esferas política e econômica. A gravidez é um marco devido a qualidade e velocidade das mudanças ocorridas.

O fator de risco mais relevante encontrado foram os transtornos psiquiátricos, que de uma forma geral, podem ser potencializados por uma estrutura psicossocial adversa. Esta estrutura exerce extrema importância, inclusive para disparar gatilhos biológicos.

A forma com que se experiencia as mudanças relacionadas à gravidez e ao puerpério está intimamente ligada às revivências anteriores, história e subjetividade da mulher, portanto, a sua constituição psíquica será fator diferencial na maneira com que são superadas as adversidades. A sua estrutura psíquica e personalidade definem períodos de gravidez e puerpério mais ou menos influenciados por fatores socioeconômicos e culturais adversos. É importante salientar ainda que a existência de uma estrutura psíquica frágil por si só também pode configurar-se como fator de risco ao desencadeamento da depressão pós-parto. Conclui-se assim que a subjetividade sempre dará a medida do sintoma e o ambiente contribuirá ou não para o surgimento do transtorno.

Em suma, uma estrutura psíquica relativamente forte e organizada e uma rede de apoio contentora e sustentadora, que permita a transformação do sujeito, podem ajudar bastante na superação das adversidades presentes na esfera psicossocial, aliviando e em alguns casos, diminuindo vulnerabilidades. Isto ratifica a importância do atendimento multidisciplinar, do olhar global que evita recortes e do apoio psicológico individual ou em grupo na saúde mental da gestante/puérpera.

Unidas, somos mais fortes.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. Depressão pós-parto, 2008. Disponível em: <<http://www.psigweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=135>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BARINI, R. Modificações hormonais e variações comportamentais na mulher. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 2., 1994, Campinas. **Anais...** Campinas: Unicamp, 1994. Disponível em: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/biblioteca8/Meus%20documentos/Downloads/2932526.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMACHO, R. S. et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev. Psiq. Clín.**, v.33, n.2, p.92-102, 2006.

CAVALCANTI, A. K. S; SAMCZUK, M. L; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol. Inf.**, v.17, n.17, p.87-105, 2013.

CONCEITO.de. Conceito de rede de apoio, 2016. Disponível em: <<http://conceito.de/rede-de-apoio#ixzz4mNYOJNUO>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

CRAMER, B. Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? **Infant Ment. Health J.**, v.14, n.4, p.283-297, 1993.

CRAMER, B. Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: MURRAY, L.; COOPER, P. J. (Ed.). **Postpartum depression and child development**. New York: Guilford Press, 1997. p.45-62.

CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F. **Técnicas psicoterápicas mãe-bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CROSS, R. P. **Adults as learners**. San Francisco: Jossey-Bass, 1984

DE FELICE, E. M. **A psicodinâmica do puerpério**. São Paulo: Vetor, 2000.

EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. (Org.). **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.4, p.612-618, 2005.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicol. Estud.**, v.10, n.1, p.47-55, 2005.

FRAIBERG, S.; ADELSON, E.; SHAPIRO, V. Os fantasmas no quarto do bebê: uma abordagem psicanalítica dos problemas que entravam a relação mãe-bebê. **Rev. CEAPIA**, v.7, n.7, p.12-34, 1994.

FRIZZO, G. B. **A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna**. 2004. Dissertação(Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.

HENDRICK, V.; ALTSHULER, L. L. Biological determinants of postpartum depression. In: MILLER, L. J. (Ed.). **Postpartum mood disorders**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1997. p.65-82.

KAPLAN, H. I.; SADDOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KLAUS, M.; KENNEL, J. **Pais/bebê**: a formação do apego. Porto Alegre: ArtMed, 1983.

KLAUS, M.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

KNOX, A. **Helping adults learn**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1986.

LACAN, J. **O seminário**: livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACAN, J. **O seminário: livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LEVINSON, D. **The seasons of a man's life.** New York: Knopf, 1978.

LEVINSON, D. The psychosocial development of men in early adulthood and the mid life transition. In: RICKS, D.; THOMAS, A.; ROFF, M. (Ed.). **Life history research in psychopathology.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 1974. v.3.

LIKIERMAN, M. Post natal depression, the mother's conflict and parent-infant psychotherapy. **J. Child Psychother.**, v.29, n.3, p.301-315, 2003.

MAIA, M. S. Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério.** 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MCCLUSKY, H. A differential psychology of the adult potential. In: KNOWLES, M. S. **The adult learner: a neglected species.** 3. ed. Houston: Gulf Publishing Company, 1986. p.146-182.

MOURA, R. R; ALMEIDA; D. C. Adolescentes e construção do projeto de vida: apontamentos a partir da realidade de Ponta Grossa-PR. **Rev. Ambito Jurídico**, v.15, n.106, p.1-7, 2012.

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan.** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

O'HARA, M. W. The nature of postpartum depressive disorders. In: MURRAY, L.; COOPER, P. J. **Postpartum depression and child development.** New York: Guilford Press, 1997. p.253-260.

O'HARA, M. W.; NEUNABER, D. J.; ZEKOSKI, E. M. A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. **J. Abnorm. Psychol.**, v.93, n.2, p.158-171, 1984.

O'HARA, M.W. et al. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. **J. Abnorm. Psychol.**, v.99, n.1, p.3-15, 1990.

PALÁCIO-ESPASA, F. Parent-infant psychotherapy, the transition to parenthood and parental narcissism: implication for treatment. **J. Child Psychother.**, v.30, n.2, p.155-171, 2004.

PERES, U.T. **Depressão e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ROCHA, F. L. Depressão puerperal: revisão e atualização. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.48, n.3, p.105-114, 1999.

ROHENKOHL, C. M. F. **A clínica com o bebê**. São Paulo: Clube das Letras, 2000.

RYAN, D; MILIS, L; MISRI, N. Depression during pregnancy. **Can. Fam. Physic.**, v.51, p.1087-1093, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000211&pid=S0101-6083200600020000900047&lng=es>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SALLES, A. C. T. C. A mãe e seu filho doente. **Epistemossomática**, v.2. abr. 1992.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.7, n.2, p.231-238, 2005.

SMITH, R. M. **Learning how to learn**: applied theory for adults. Milton Keynes, UK: Open University Press, 1988.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**: história, teoria e trabalho no campo. São Paulo: HUCITEC, 2009.

WEATHERSBY, R. Life stages and learning interests. In: CROSS, K. P. et al. **The adult learner**: current issues in higher education. Washington, D.C.: American Association for Higher Education, 1978. cap. 3.

WINNICOTT, D. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

ZANOTTI, D. V. et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Rev. Nursing.**, v.61, n.6, p.36-42, 2003.

ZINGA, D.;SHAUNA, D. P., BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos mas podemos preveni-la?. **Rev. Bras. Psiquiatr. [online]**. v.27, n.suppl.2, p.s56-s64, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>>. Acesso em: 26 fev. 2016.